

O DEFICIENTE VISUAL E SUA FAMÍLIA

Ludmila Chagas Monteiro Farias¹

RESUMO: O presente estudo visou investigar como o deficiente visual é recebido na família e que meios esta utiliza na formação da autonomia desse filho, passando, ainda, por uma compreensão da condição histórica que o acompanha, como, também, identifica a presença, ou não, do Psicólogo neste contexto. O local de realização da pesquisa foi uma escola de ensino privada para deficientes visuais, situada na capital Aracaju/SE, a qual funcionou até 2005. O instrumento utilizado na coleta de dados foi uma entrevista dirigida, aplicada às mães de filhos com deficiência visual, associada, ou não, a outros tipos de deficiência. A análise das entrevistas foi realizada considerando a abordagem qualitativa da pesquisa. A partir dessas entrevistas seis categorias de análise foram levantadas: reação da família frente à notícia do filho deficiente visual; dificuldade encontrada na relação com o filho deficiente visual; recursos utilizados pela família, no desenvolvimento da autonomia do filho deficiente visual; perspectivas da família em relação ao filho deficiente visual; comportamento social frente ao filho deficiente visual; e o papel do psicólogo junto à família do deficiente visual. Os resultados apontam que a família, enquanto primeiro grupo social, exerce uma função essencial para o desenvolvimento da autonomia do deficiente visual, precisando ser apoiada no desenvolvimento das potencialidades desse filho.

Palavras-chave: Deficiência visual, Família, Sociedade.

THE HANDICAPPED VISUAL AND YOUR FAMILY

ABSTRACT: This study aimed to investigate how the visual deficient is received within the family and that means it uses in the formation of autonomy of this son, passing also by a comprehension of the historical condition that comes with her as also identifies the presence, or not, the psychologist in this context. The place of the research was a private school for the visual deficient, located in the capital Aracaju/ SE, which functioned until 2005. The instrument used for data collection was a directed interview, applied to the mothers of the children with visual deficiency, associated or not to other types of disabilities. The data analysis was done considering the qualitative research approach. Based on these interviews six categories of analysis were set up: family's reaction front to the information of the visual deficient child; difficulty encountered in relation to the visual deficient child; resources used by the family in the development of the autonomy of the visual deficient child; perspectives of the family about the visual deficient child; social behavior with respect to the visual deficient child; and the psychologist's job with the visual deficient family. The results indicate that the family, as the first social group, has an essential function for the development of the autonomy of the visual deficient, requiring to be supported in the development of the potentialities of this child.

Keywords: Visual Deficiency, Family, Society.

¹ Mestra em Ciências da Saúde/UFS, Email: lu.fariass2014@gmail.com, Universidade Federal de Sergipe.

Introdução

Desde o nascimento, os seres humanos necessitam de cuidados, por parte de outros, já hábeis, para que sobrevivam e, ao longo do seu desenvolvimento, eles interagem com os familiares e com o meio social, não apenas em busca de alimentação, mas, também, de afeto, constituindo, desse modo, suas experiências. O mesmo ocorre em relação àqueles que nascem com necessidades especiais ou adquiriram-nas ao longo do seu crescimento, embora, nem sempre a cultura de que fazem parte expresse modos de relacionamento saudáveis com essas pessoas. Em virtude da evolução das Ciências Humanas, “a excepcionalidade deixou de ser considerada uma doença”, sendo entendida como “uma condição na qual determinados indivíduos se encontram e para a qual são necessárias medidas educativas, sociais, psicológicas e médicas específicas”, que viabilizam o seu desenvolvimento (Amirilian, 1986).

No entanto, há estigma revelado pelo preconceito sociocultural concretizado na cobrança feita aos pais de filhos “diferentes”, os quais devem gerar e cuidar para que os filhos nasçam e cresçam “normais”, ou seja, conforme os padrões sociais.

A deficiência visual, assim como outras deficiências, pode ser irreversível, no entanto, nesses casos, não deve ser associada a uma tragédia. A pessoa que nasce com baixa-visão, ou cega precisa ser estimulada em seu desenvolvimento, pois ambas essas deficiências visuais não impedem o desenvolvimento da cognição (Cassiano, 2004).

Este estudo buscou investigar como o deficiente visual é recebido no ambiente familiar, considerando a condição histórica e social que o acompanha e identificando a presença ou não do psicólogo junto a essa família. Os referenciais teóricos norteadores do mesmo foram Sasaki (2002), Bruno (1993), Amirilian (1986), Minuchin (1982) e Heirmers (1965).

Os dados foram coletados a partir de mães com filhos deficientes visuais. O instrumento de coleta foi entrevista dirigida. Os dados foram analisados considerando, quanto à abordagem da pesquisa, de modo qualitativo e conforme a análise-temática proposta por Richardson (1999). Ao trazer a discussão desse tema, almeja-se contribuir para compreensão dos contextos familiar e social nos quais os deficientes visuais estão inseridos.

2 Definindo Deficiência Visual

Mais além do que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava em 1970 – em torno de 10% – as estimativas de 2010 apontaram que, aproximadamente, 15% da população mundial viveriam com alguma deficiência, isto quanto à população mundial (São Paulo, 2012).

A pessoa com deficiência visual é compreendida “como aquela pessoa que sofre de uma alteração permanente nos olhos ou nas vias de condução do impulso sensorial” (Batista *apud* Menezes, 2000, p. 63). Trata-se de um tipo de deficiência sensorial e que, conforme informa Amirilian (1986, p. 24), “[...] abrange uma ampla variedade de acuidades, escalonando-se da cegueira total à visão subnormal, que mesmo permitindo a percepção em graus variados, impede os indivíduos de um funcionamento visual satisfatório”. Portanto, fazendo alusão ao deficiente visual, encontram-se “englobados um grande número de distúrbios visuais de características e etiologias muito diversas” (Ochaita & Rosa, 1995, p.183).

Entretanto, de modo geral, pode-se, aqui, dividir as pessoas com deficiência visual em dois grupos: cego e baixa visão. Assim, realizando-se uma definição funcional, Faye & Barraga *apud* Amirilian, (1986, p. 25) conceituam as pessoas cegas são aquelas que “apresentam desde ausência total da visão até perda da percepção da luz; necessitam do sistema braille para a comunicação escrita e não utilizam a visão para a aquisição de conhecimento, mesmo que a percepção da

luz os auxiliem na orientação e mobilidade”.

Já as pessoas com baixa visão ou visão subnormal “apresentam desde a condição de indicar a projeção da luz até o grau em que a redução de sua acuidade visual limite seu desempenho” (Amirilian, 1986, p. 25).

Segundo Carvalho *et al.* (1994, p.13) conceitua a visão subnormal como

uma perda severa de visão que não pode ser corrigida por tratamento clínico ou cirúrgico nem com óculos convencionais. Também pode ser descrita como qualquer grau de enfraquecimento visual que cause incapacidade funcional e diminua o desempenho visual. No entanto, a capacidade funcional não está relacionada apenas aos fatores visuais, mas também às reações da pessoa à perda visual e aos fatores ambientais que interferem no desempenho.

Diversas são as causas da deficiência visual no início do desenvolvimento humano, podendo ser genéticas, ambientais ou congênitas. Conforme Machado (1993, p. 14), dentre os problemas visuais congênitos, isto é, adquiridos durante a gestação, muitos decorrem de fatores “como os traumatismos, o alcoolismo e as drogas em geral, as radiações, as doenças infecciosas”.

Das patologias infecciosas citadas pelo autor, é possível destacar a rubéola, sífilis e toxoplasmose, as quais conseguem atingir o feto, causando-lhes graves danos, incluindo os problemas visuais. No que tange às causas ambientais da cegueira, destaque-se a fibroplasia retrolental, adquirida por crianças recém-nascidas, que foram mantidas em incubadoras com elevada taxa de oxigênio (Machado, 1993).

O Deficiente Visual no Contexto Sócio-histórico

As pessoas com deficiência, seja física, mental ou sensorial, vivenciam mais

barreiras do que acesso na sociedade. A História da Antiguidade mostra que, em Esparta, o ser que nascia com má-formação ou considerado fraco era descartado do grupo familiar e da cultura. Havia-se, *a priori*, uma anulação do diferente. Na Bíblia e nos mitos gregos, encontram-se explicações carregadas de piedade e mistério. Já Coreia Antiga, muitos cegos eram considerados profetas e videntes, a ponto do governo local ter criado normas e regras para a adivinhação (Santos, 2001).

Na Idade Média, com base nos “valores de amor ao próximo, piedade e caridade cristã” o deficiente não era mais morto, mas continuava estigmatizado como sinônimo de pecado (Santos, 2001, p. 30).

Conforme Telford & Sawrey (1988, p. 467), as pessoas cegas eram tidas

como guias na escuridão e como memorizadores e transmissores verbais de tradições tribais e religiosas. [...] Embora a cegueira tenha sido percebida, ocasionalmente, como uma graça divina, interpretada como benigna, foi encarada com maior frequência, como uma punição pelos pecados – próprios ou dos pais.

Assim, por falta de conhecimento e valorização, as pessoas com deficiência visual não eram integradas ao meio social, nem mesmo à própria família.

As ações direcionadas ao abrigo e ao desenvolvimento do deficiente visual destacaram-se no século XVIII, quando Valentin Haüy fundou, em Paris, o Instituto Nacional dos Jovens Cegos, em 1784, o que motivou a criação de escolas similares na França e em outros países da Europa. A acessibilidade à informação escrita para cegos, ainda utilizada e conhecida como Sistema Braille, foi criada por um aluno do referido Instituto, Louis Braille, em 1829, a partir da adaptação de um código militar de comunicação noturna (Mazzotta, 2003).

No Brasil, a primeira instituição destinada à pessoa cega foi o Imperial Instituto de Meninos Cegos, em 1845, o qual recebeu o nome de Instituto Nacional

dos Cegos em 1890, sendo, atualmente, conhecido como Instituto Benjamin Constant. Entre outras instituições destinadas ao deficiente visual há a Fundação para o Livro do Cego no Brasil, fundada em 1946, atual Fundação Dorina Nowill para Cegos. Em 1991, foi criado o Instituto Laramara, disponibilizando estrutura e equipe especializadas, que promovem o desenvolvimento da criança cega e com baixa visão, além de realizar a publicação de trabalhos científicos, que abordam diferentes temas acerca da deficiência visual (Mazzotta, 2003).

Sasaki (2002, p. 17) elucida que a sociedade tem atravessado algumas fazes no seu contato com as pessoas deficientes, até se chegar à ideia de inclusão, sendo elas: 1) exclusão social, 2) atendimento segregado, 3) integração social e 4) inclusão social. Esta última é relativamente recente, contando de meados da década de 80, em países desenvolvidos. O movimento de inclusão, portanto, envolve os seguintes princípios: “celebração das diferenças”, “direitos de pertencer”, “valorização da diversidade humana”, “solidariedade humanitária”, “igual importância das melhorias” e “cidadania com qualidade de vida”.

Desse modo, cabe salientar que, apesar do entendimento e discussões acerca dos deficientes, a exclusão persiste, o que se constata na falta de estrutura física nas cidades, em geral, a exemplo de banheiros, portas, rampas, elevadores, transportes públicos, diminuindo, assim, as possibilidades de autonomia dessas pessoas.

A Família do Deficiente Visual

A família, mesmo tendo recebido muitas definições, pode ser compreendida como o primeiro grupo social em que o ser humano se insere. Segundo Minuchin (1982, p. 25), ela é “uma unidade social que enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento. Estas diferem junto com parâmetros de diferentes culturas, mas possuem raízes universais”.

O momento da gravidez é considerado um fator que influencia o âmbito familiar, uma vez que traz, em seu cerne, muitas expectativas dos pais, bem como dos outros familiares, pois, apesar de ser um fenômeno natural na espécie humana, está permeado de símbolos e significados culturais, que envolvem desejos, diversos anseios e emoções na esperança de um filho saudável. Neste sentido, Bruno (1993, p. 09) esclarece que “quando ganhamos u bebê diferente daquele que esperávamos, pode-se viver ou manifestar uma grande frustração, muito compreensível, porque não é o que sonhávamos ou desejávamos”.

Analisando o deficiente no contexto familiar, nota-se que a notícia do filho com necessidades especiais chega, na maioria das vezes, com surpresa, mobilizando a família no sentido de novas atitudes e pensamentos que assegurem o funcionamento familiar. Lidar com o filho especial envolverá “expectativas e objetivos divergentes dos valores sociais já assimilados” (Amirilian, 1986, p. 45). Assim, do momento em que se descobre algo diferente com a criança, até a obtenção de um diagnóstico, há um longo espaço de angústia, aflição e ansiedade vivenciado pelos pais (Pereira, 1998).

Ao observar a relação entre crianças cegas e suas respectivas famílias, Heimeirs (1985) constatou que, assim como toda criança, necessita de aconchego e do carinho oferecidos pelo lar, uma vez que estes consistem em elementos primordiais no seu desenvolvimento emocional e psíquico. Desse modo, a criança cega ou com baixa-visão deve ser estimulada desde os primeiros anos de vida, pois, embora não visualizem os gestos dos pais ao cuidarem dela, pode senti-los pelo tato e/ou som de suas vozes.

Conforme Gesell (*apud* Menezes, 2000, p. 65) é preciso disponibilizar subsídios para que a criança se desenvolva em diferentes áreas, como física, mental, social e emocional, uma vez que, aspectos como a “defasagem na auto-confiança, autoestima, autoiniciativa para a ação motora”, bem como “apatia, dependência,

desinteresse pela interação social e ansiedade” são evidenciados nos deficientes visuais e estão intimamente associados ao modo como os meios social e familiar se relacionam com eles. Embora estudos tenham demonstrado que o nível intelectual de uma criança com déficit visual é igual ao de outras crianças, a não estimulação pode ameaçar o desenvolvimento no processo educativo (Machado, 1993).

Na realidade, esses pais precisam educar a sociedade no que diz respeito ao relacionamento com o seu filho, no sentido de se posicionar e sobre o que perguntar ao vê-lo (Myller, 1995). Desse modo, resposta e a atitude dos pais influenciarão e modificarão os sentimentos de quem está fora do grupo familiar. Portanto, a chegada de um filho com deficiência demanda uma reorganização familiar, uma vez que esse filho necessita de adaptações, considerando, ainda, os contextos escolar e social.

O Trabalho do Psicólogo com a Deficiência Visual

Como propõem Telford & Sawrey (1988, p. 486), “não existe uma psicologia do cego”, isto é, as pessoas com deficiência visual não apresentam características particulares de comportamento. Ao contrário, as fantasias das pessoas cegas foram pesquisadas por Cutsforth (*apud* Telford & Sawrey, 1988, p. 487) e remetem à “aceitação social, à realização pessoal e ao recolhimento a uma vida mais simples e menos exigente”, não diferenciando daquelas almejadas por pessoas com visão normal. Porém, a pessoa com deficiência visual, assim como aquelas que possuem outras deficiências, requer, de diferentes fontes – familiar, social e profissional – auxílio especial para o seu melhor desenvolvimento. Não se trata de direcionar essas pessoas a compensarem a deficiência, mas, sim, de lhes proporcionar acessibilidade.

Amirilian (1986, p. 67) refere que “no trabalho com cegos, o psicólogo pode se envolver com tarefas de treinamento

sensorial e visualização [...], coordenação de grupos de discussão com a equipe de reabilitação, o treinamento de pessoal auxiliar, a avaliação diagnóstica e o aconselhamento”.

Desse modo, Bruno (1993) também propõe que o psicólogo poderia integrar uma equipe de intervenção precoce, de modo que possa contribuir com os pais no desenvolvimento inicial da criança deficiente visual. Tanto a criança quanto a família pode ser trabalhada e, uma vez nessa equipe, o psicólogo deve realizar um trabalho interdisciplinar, incluindo médicos, pedagogos, assistentes sociais, entre outros. Numa atividade de aconselhamento, o psicólogo pode trabalhar com os pais dessas crianças, ajudando-os no processo de compreensão e aceitação do filho deficiente visual.

Os espaços em que pode ocorrer tal aconselhamento vai desde a clínica até as escolas, ou seja, trabalha-se junto à família, tanto num ambiente mais reservado à escuta de suas demandas, como num mais abrangente. No primeiro espaço, será possível ouvir essa família mais demoradamente e ajuda-la no processo de enfrentamento da situação e também em sua reorganização. Para Minuchin & Fishman (1990, p. 25), o terapeuta no trabalho com famílias, seria “um ampliador de contextos [...] confirma membros da família e os encoraja a experimentar comportamentos que foram coartados previamente pelo sistema familiar”. No caso do segundo espaço, a escola, o trabalho do psicólogo seria mais informativo e esclarecedor aos pais sobre a deficiência visual.

Entretanto, como afirma Machado (1993, p. 20), dentre as dificuldades enfrentadas pelo deficiente visual reside a “falta de uma compreensão social mais profunda a respeito das reais implicações da cegueira ou da visão subnormal”. A sociedade, de um modo geral, desconhece a noção de inclusão (Sassaki, 2002) e acaba por atribuir pouca expectativa aos deficientes, no que se refere ao seu desenvolvimento, ao seu rendimento escolar e às suas potencialidades.

O Código de Ética Profissional do Psicólogo (Brasil, 2014, p. 07), em seus princípios fundamentais, item II, orienta, dentre outras ações, que “O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Assim sendo, o psicólogo deverá viabilizar meios que permitam uma melhor compreensão social acerca das deficiências, pois, o preconceito exclui, segrega, não oferecendo, desse modo, espaço para o convívio com a diversidade humana. Como afirma Myller (1995, p. 248), “Vivemos num mundo confuso e contraditório. Ninguém é perfeito, mas há alguns tipos de ‘imperfeições’ que têm maior (ou menor) valor social que outras. Não seria bom se ‘Ninguém é perfeito’ realmente significasse que ‘Todos são diferentes’ – mas de valor igual?”.

Nesse sentido, para que se possa oferecer meios favoráveis ao processo de autonomia das pessoas com deficiência visual, é preciso, primeiramente, percebê-las em sua totalidade, e não como partes, focalizando aquilo que ela não dispõe em termo sensorial para um contato. É preciso entender que a qualidade desse contato é alcançada à medida que se consegue estabelecer um vínculo saudável.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa de campo, qualitativa, com mães de estudantes matriculados no Centro Educacional Jacques Lusseyran², situado na cidade Aracaju/SE, que funcionou como Escola de 1997 até o ano 2005, atendendo crianças e adolescentes com deficiência visual associada, ou não, a outras deficiências.

²Criado, fundado e dirigido durante vinte e quatro anos (1997-2014), por Maria Júlia dos Santos Cruz, Pedagoga e Psicopedagoga Clínica e Institucional, com formação em Antroposofia e em Pedagogia Waldorf.

As pessoas investigadas foram cinco mães, cujos filhos tinham de oito a quinze anos de idade e estavam matriculados no referido Centro, no ano 2004. A identificação das mesmas encontra-se codificada em M1, M2, M3, M4 e M5. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelas mães que aceitaram participar do estudo, com faixa etária de 32 a 47 anos, grau de escolaridade do ensino primário completo até o nível superior completo. No que se refere à ocupação, três são donas de casa, uma é professora e a outra encontrava-se afastada do trabalho, o qual não especificou. Quanto ao nível socioeconômico, apenas uma era de média renda e as demais de baixa renda.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista dirigida, com doze questões previamente formuladas, mas, possibilitando a liberdade nas respostas (Richardson, 1999). Esta coleta foi realizada em uma sala do próprio Centro Educacional, precedida dos devidos esclarecimentos acerca da presente pesquisa, visando garantir a espontaneidade nas respostas, como, também, da não identificação das participantes. O tempo das entrevistas variou de meia hora até 1h30min.

Depois de coletados, os dados foram interpretados, o que, conforme Kelinger (*apud* Oliveira, 1984, p. 48), “Interpretar dados é fazer inferências a partir das relações estudadas, buscando seu significado e implicações”.

Análise e discussão dos resultados

As seis categorias de análise levantadas foram as seguintes: reação da família frente à notícia do filho deficiente visual; dificuldade encontrada na relação com o filho deficiente visual; recursos utilizados pela família, no desenvolvimento da autonomia do filho deficiente visual; perspectivas da família em relação ao filho deficiente visual; comportamento social frente ao filho deficiente visual; e o papel do psicólogo junto à família do deficiente visual.

Reação da família frente à notícia do filho deficiente visual

As reações e sentimentos encontrados nas respostas coletadas remetem à tristeza, desespero, choque e impacto. Tais palavras foram as primeiras a serem verbalizadas após a pergunta, mas, no decorrer da entrevista, houve um movimento das mães quanto a se justificarem que aqueles sentimentos ditos ocorreram no início da relação com o filho.

Conforme Amirilian (1986, p. 46), “O nascimento de uma criança com problemas, sejam quais forem, constitui um momento decisivo – a maneira como a família enfrenta esse fato será um fator de unidade ou de desorganização familiar”.

O fato das mães entrevistadas se justificarem quanto aos sentimentos iniciais na relação com o filho deficiente visual pode ser explicado por um provável de aceitação (HallénbeckapudAmirilian, 1986) ou por algum sentimento de culpa, ou melhor, de desculpas por tê-lo realizado, uma vez que esses filhos passaram a manter um vínculo estável com suas respectivas famílias e, portanto, adaptados ao sistema familiar, assim como os demais membros (Minuchin, 1982).

Dificuldade encontrada na relação com o filho deficiente visual

Neste aspecto, os comentários das mães entrevistadas dividiram-se entre os momentos dos primeiros contatos estabelecidos com seus filhos e os momentos atuais. Segundo elas, atualmente não há dificuldades, mas o cuidado desse filho nos primeiros anos de vida foi relatado como uma experiência difícil no tocante à alimentação, assim como quanto ao ensino da higiene pessoal. Assim, segundo essas mães:

“eu antes não sabia como pelear com ele, coo fazer para cuidar dele”. (M1).

“ela não conseguia se alimentar e se não se alimentasse podia morrer; aí era uma hora de relógio para ela comer”.

A esse respeito, Bruno (1993, pp. 09-10) cita que “é muito importante podermos contar com o apoio de profissionais especializados na área de desenvolvimento infantil [...] apoiando o vínculo mãe-bebê, esclarecendo dúvidas, orientando o desenvolvimento do bebê e realizando encaminhamentos necessários”.

A importância desse apoio é reafirmada pela resposta de outra mãe, a qual informou:

“Não tive muita dificuldade não, porque tive orientação e o encaminhamento de minha irmã, que trabalha na área de educação, para essa escola que ela está agora[...]; não tenho dificuldade nem de ensinar, de nada; eu já aprendi até o Braille e, às vezes, ele até me corrige” (M3).

Outro aspecto observado na fase inicial foi a dificuldade de encontrar um grupo familiar com o qual pudesse se identificar e compartilhar a experiência, conforme a seguinte resposta:

“sofria muito; não sabia como fazer; não conhecia nenhuma família que tivesse essa situação, mas, depois, conhecendo mais mães e com o apoio da escola ficou mais fácil”. (M4).

O relato dessa mãe remete à importância dos grupos de apoio com a presença, inclusive, de pais que já vivenciaram algumas etapas no contato com esse filho, podendo, então, “compartilhar as frustrações, ansiedades, experiências e também conquistas” (Bruno, 1993, p. 10).

De modo geral, a maioria das mães informou não sofrer qualquer tipo de limitação por terem um filho deficiente visual. Apenas uma delas relatou ter dificuldade em levá-la para viagem ou deixar que dormisse em casa de outros parentes. As dificuldades em levar a criança deficiente visual a passeios relaciona-se ao fato da família querer

evitar o contato social, pois, conforme afirma a referida mãe:

“não levava para viagens para ninguém ver; para não ficarem perguntando”. (M2).

Recursos utilizados pela família, no desenvolvimento da autonomia do filho deficiente visual

Como recursos utilizados pela família no desenvolvimento da autonomia do deficiente visual, as mães com unanimidade a questão da escolarização dos filhos. De acordo com Heimers (1965, p. 12), é preciso educar a criança deficiente visual de forma adequada, de modo a evitar sofrimentos posteriores, pois, “não é a cegueira em si, mas a educação inadequado, o desleixo físico e psíquico, que estabelecem as barreiras intransponíveis para a educação dos cegos e seu progresso na escola”.

A escola especializada proporcionará independência e autonomia ao deficiente visual, para ingressar no ensino regular. Contudo, seria muito valioso se as escolas de ensino regular fossem preparadas para acolher essas crianças, incluindo um projeto pedagógico, o treinamento dos profissionais envolvidos e estrutura física adequada (Maisini, 1994).

Associados ao fator da escolarização, outros recursos foram relatados pelas mães, como: conscientizar todos os membros da família de que necessitam ajudar nesse processo de autonomia e permissão para que o filho deficiente visual explorasse os ambientes da casa, oferecendo liberdade para a sua locomoção. Conforme as falas das mães:

“na hora de andar em casa, quando ela estava aprendendo, deixava ela cair para depois se levantar de novo; eu não fazia alvoroço para poder pegar, porque, se eu fizesse isso ela não ia aprender; deixava ela bem à vontade, que era pra ela perceber que era igual aos outros, e hoje ela anda a casa toda sozinha”. (M2).

“sempre mostrei que ele podia fazer tudo, mas sempre a gente estava por perto, olhando [...] se eu vejo que ele tem equilíbrio, eu deixo; ele até pula a janela. Eu aprendi isso com a professora da escola”. (M5).

Segundo Bruno (1993, p. 12), “O desenvolvimento humano é um processo sistêmico complexo, que não apenas passa pela dimensão biofisiológica e cognitiva, mas depende também da relação social e afetiva”. É importante considerar, ainda, que, quando a criança tem “perda visual necessita de ajuda para compreender que o que ela ouve pode ser visto ou tocado. O que ela toca é para ver. O que ela ver é para tocar. Este é o caminho da descoberta do mundo” (Bruno, 1993, pp. 52-53). Desde cedo, é importante estimular a criança cega “a experimentar a alegria de descobrir alguma coisa” (Heirmers, 1965, p. 18). Dessa forma, não se deve, por exemplo, dar sempre o mesmo brinquedo à criança cega, ao contrário, ela deve ter ao seu alcance uma variedade de objetos.

A permissão para que esse filho explorasse os ambientes da casa, ao ser relatada, foi associada por M4 à ideia de deixar que o filho deficiente visual fizesse as mesmas coisas que os outros filhos. Essa atitude, certamente, é de muito valor para a criança deficiente visual, já que lhe transmitirá a mensagem de aceitação e de que ocupa, assim como outros membros da família, um papel importante no seio desta (Minuchin, 1982).

Além disso, foi verbalizado, como recursos utilizados pela família, o estímulo através de terapia corporal, aulas de música e passeios em geral.

Perspectivas da família em relação ao filho deficiente visual

Quanto ao que as mães esperam para esses filhos, duas das respostas apontam para o fato de que elas desejam para eles o mesmo que para os outros filhos, como: estudar, ter independência e trabalho. De acordo com uma delas:

“Quero para ele igual aos outros filhos; a gente estimulando, né? Vai ter um pouco de dificuldade, de rejeição das pessoas, mas de aprendizagem ele aprende com muita facilidade”. (M4).

A fala das mães, de modo geral, é consciente e expressa o seu entendimento e aceitação desses filhos e de suas potencialidades.

A respeito das possibilidades do mercado de trabalho, Rocha & Ribeiro-Gonçalves (1987) lembram que é preciso garantir ao deficiente visual tanto as profissões técnicas quanto as liberais. É imprescindível, também, de acordo com Sasaki (2002), que seja abandonada a ideologia paternalista, de permitir que o deficiente visual trabalhe apenas em setores restritos dentro de uma empresa, por exemplo, sob a alegação de que não estaria apto para oferecer a sua contribuição em qualquer área.

Com relação às perspectivas do filho deficiente visual, M1 referiu que somente o mesmo dirá de suas futuras possibilidades.

Já M5 relata o seguinte:

“Queria que o governo investisse mais na área da educação do deficiente visual. Aqui mesmo só tem o Centro de Apoio Pedagógico para Atendimento às Pessoas com Deficiência Visual”.

Nota-se, na fala desta mãe, uma preocupação de nível macrossocial, ou seja, quanto àquilo que diz respeito às responsabilidades sociais que o Governo deve ter com as pessoas deficientes visuais. Conforme Sá (2003), existem materiais indispensáveis ao desenvolvimento das potencialidades das pessoas cegas, ou com visão subnormal, a exemplo de: gravadores, livros sonoros, computadores com linha braille ou *softwares* com síntese de voz, leitores de tela e ampliadores. Contudo, tais recursos tecnológicos não são de fácil acesso para a maioria dessas pessoas. Santos *et al.* (2001, p. 31) esclarece que a pessoa com deficiência

visual “independente da classe econômica deverá ter em casa, na escola ou no trabalho a máquina Braille, que um instrumento de cidadania e educação social”.

Comportamento social frente ao filho deficiente visual

As mães apontam, de modo geral, que o comportamento da sociedade em relação a esses filhos, é “*difícil*” (M1), e envolve preconceito, discriminação, rejeição através de rótulos, como “*ceguinho; doentinho*” (M3); além de “*olhares e muitas perguntas*” (M4). Tais comportamentos sociais reafirmam o que Amirilian (1986) discute acerca do preconceito, rejeição e da rotulagem, bem como confirma aquilo que Myller (1995) nos diz sobre as possíveis reações do outro quanto ao filho com necessidades especiais e seus pais, isto é, os olhares das pessoas podem ocorrer por diferentes motivos, seja “porque ficaram surpresas, impressionadas, curiosas, assustadas ou mesmo por grosseria” (Myller, 1995, p. 249). É por sentimentos como esses que, às vezes, surgem as perguntas acima citadas. Entretanto, apenas uma das mães verbalizou:

“algumas pessoas compreendem a deficiência dela”. (M2).

Foi relatado, também, que esses comportamentos da sociedade, podem ser modificados através da educação e conscientização dos adultos:

“os filhos vão aprender a discriminar com os próprios pais, eles dizem: ‘Ói o ceguinho!’ ‘Ói o aleijadinho!’ Trabalhando a conscientização da família, inclusive daquelas que têm crianças especiais, é que pode mudar essa visão; através da educação pode-se mudar o mundo todo”. (M2).

Tal situação ocorre porque a família, como um sistema aberto, proposto por Minuchin (1982), realiza trocas com o

externo, influencia e é influenciado pelos valores culturais, de modo que o preconceito que lhe chega da sociedade, também poderá partir do próprio sistema familiar.

Além disso, foi destacado, na fala de M2, a importância do acesso à informação para um melhor entendimento e tratamento da sociedade em relação ao deficiente visual. Neste sentido, cabe ressaltar que as iniciativas ao longo da História foram muitas, com relação ao desenvolvimento das pessoas com deficiência (Mazzota, 2003), porém, ainda persiste o fator da desinformação.

Outra modificação indicada pela maioria das mães entrevistadas, foi a necessidade da oferta de mais atividades, como as desportivas, para os deficientes visuais, contribuindo para o seu melhor desenvolvimento. Conforme Sasaki (2002), projetos políticos direcionados ao lazer e à recreação das pessoas deficientes não são uma constante. Certamente, caso houvessem tais Projetos, estariam contribuindo, e muito, para a acessibilidade e para o exercício da cidadania (Sá, 2003).

Apenas uma das respostas dadas informava não saber o que podia ser feito para que o comportamento da sociedade fosse modificado, relatando:

“acho que deveriam entender, porque são todos iguais” (M1).

Ainda de acordo com Sá (2003, p. 24), “As necessidades de cada pessoa tem igual relevância, e deveriam constituir a base do planejamento social”. Desse modo, resta claro, que as pessoas deveriam ter os mesmos direitos, sejam deficientes ou não.

Papel do psicólogo junto à família do deficiente visual

Quanto ao papel do psicólogo junto à família do deficiente visual, duas mães informaram que nunca precisaram buscar ajuda de um psicólogo, mas consideram importante, pois, muitos pais não aceitam a realidade do filho deficiente visual:

“o psicólogo pode ajudar e muito, porque tem muita mãe que não se conforma, até hoje, que o filho é deficiente visual. Tem muita mãe que não gosta que perguntem, escondem o filho, não sai pra rua”. (M4).

“quando tem algum problema, tudo bem, mas, quando não tem, não precisa ir”. (M3).

Duas outras das mães entrevistadas disseram que precisaram buscar ajuda de um psicólogo: uma delas (M5) porque o pai não sabia lidar com o desenvolvimento do filho deficiente visual, a qual informou que o psicólogo ajudou no entendimento e aceitação da deficiência visual. Já M1, porque ela mesma não sabia como lidar com o filho deficiente visual, nem de que modo podia ajudá-lo e disse acreditar que o psicólogo ajudou na disposição de mais informações e orientações, como, inclusive, a indicação de uma escola adequada. Em ambos os casos, o trabalho do psicólogo foi dirigido ao aconselhamento e o espaço para tal foi a Clínica. Vê-se que essas respostas confirmam a demanda de reorganização familiar frente a novas possibilidades de mudança (Minuchin, 1982), e reafirmam, ainda, a necessidade de apoio, ajuda e orientação que esses pais devem ter no estágio inicial do desenvolvimento do filho deficiente visual, como propõe Bruno (1993).

Outra mãe (M2) informou ter vontade de ir ao psicólogo para ter apoio para “saber se está agindo certo”, bem como acha que esse profissional pode ajudar a família conscientizando-a sobre a necessidade de apoio que o deficiente visual deve ter para se desenvolver. Regen (1997) destacou como fator importante, os pais relatarem dificuldades em falar sobre o filho com necessidades especiais para os demais filhos, e coloca como sugestão a formação de atendimento em grupos de pais e mães voltados à referida temática.

Considerações Finais

Este estudo buscou definições das deficiências visuais, bem como entender o processo sócio-histórico que acompanha o deficiente visual, o modo como a família se organiza e desorganiza para acolher o filho com tal deficiência e, também, saber de que forma a psicologia, enquanto ciência e profissão, pode contribuir para o desenvolvimento dessas pessoas.

Desse modo, tanto o referencial teórico, quanto os resultados encontrados, afirmam que a família é um sistema capaz de se adaptar a mudanças e que passa por estágios, no contato com o filho deficiente visual, que vão desde o impacto inicial até o processo de aceitação do mesmo. Essa família, apesar de ter vivenciado todos esses estágios, pode retornar a algum deles, quando experiência alguma situação de crise ou de trocas estabelecidas com o meio social, as quais, na maioria das vezes, mantêm um comportamento que exclui a pessoa com deficiência visual, seja através de barreiras físicas ou atitudinais.

O psicólogo, nesse contexto, desenvolve atividades voltadas ao aconselhamento dos pais e apoio ao deficiente visual, além de integrar equipes interdisciplinares de reabilitação, bem como agir de modo informativo e esclarecedor sobre as potencialidades dos deficientes visuais, nos diferentes espaços sociais.

Referências

- Amirilian, M. L. T. M. (Coord.). (1986). *Psicologia do excepcional*. São Paulo, São Paulo: EPU.
- Brasil, Conselho Federal de Psicologia. (2014). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Co%CC%81di-go-de-%C3%89tica.pdf>.
- Bruno, M. M. G. (1993). *Desenvolvimento integral do portador de deficiência*

visual: da intervenção precoce à integração escolar. São Paulo, São Paulo: Newswork.

- Carvalho, K. M. M. et al. (1994). *Visão subnormal: orientações ao professor do ensino regular* (2a ed.). Campinas, São Paulo: Unicamp.
- Cassiano, C. (2003). Com os olhos da alma. *Educação*, 73, pp. 40-50.
- Heirmers, W. (1995). *Como devo educar meu filho cego?* (2ª ed.). Rio Janeiro, Rio de Janeiro: Ministério da Cultura.
- Machado, M. C. R. (1993). *O deficiente visual na classe comum*. São Paulo. São Paulo: Secretaria da Educação. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas.
- Maisini, E. F. S. (1994). *O perceber e o relacionar-se do deficiente visual: orientando professores especializados*. Brasília, Distrito Federal: CORDE.
- Mazzotta, M. J. S. (2003). *Educação especial no Brasil: história e políticas públicas*. (4ª ed.). São Paulo, São Paulo: Cortez.
- Menezes, L. T. D. (Coord.). (2000). *Fundamentos teóricos para educação especial*. Aracaju, Sergipe: Secretaria de Estado da Educação e do Desporto e Lazer.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Artes Médicas.
- Myller, N. B. (1995). *Ninguém é perfeito: vivendo e crescendo com crianças que têm necessidades especiais*. Campinas, São Paulo: Papyrus.

- Ochaita, E. & Rosa, A. (1995). Percepção, ação e conhecimento nas crianças cegas. In: Coll, C., Palácios, J. & Marchesi, A. (Orgs.), *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar* (pp. 183-197). Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Artes Médicas.
- Oliveira, M. M. H. (1984). *Ciência e pesquisa em psicologia: uma introdução*. São Paulo, São Paulo: EPU.
- Pereira, A. D. H. C. (1998). Ansiedade de pais de crianças portadoras de síndromes: um estudo exploratório. Recuperado de <file://A\Ansiedadepaisdecriancasportadorasdesindromesumestudoexploratorio.htm>
- Regen, M. (1997). Da segregação à inclusão – A minha trajetória. In: Mantoan, M.T.E. et al. *A integração de pessoas com deficiência: contribuição para uma reflexão sobre o tema*. São Paulo: Memnon.
- Richardson, R. J. et al. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3ª ed.). São Paulo, São Paulo: Atlas.
- Rocha, H. & Ribeiro-Gonçalves, E. (1987). *Ensaio sobre a problemática da cegueira: prevenção, recuperação, reabilitação*. Belo Horizonte, Minas Gerais: Fundação Hilton Rocha.
- Sá, E. D. (2003). As pessoas cegas no itinerário da cidadania. *Revista Benjamin Constant*, 9(24), 20-25.
- Santos, A. F. et al. (2001). *Projeto político pedagógico*. Aracaju, Sergipe: Prefeitura Municipal de Aracaju; Secretaria Municipal de Educação; Centro de Apoio Pedagógico para Atendimento às Pessoas Portadoras de Deficiência Visual.
- São Paulo, Relatório Mundial sobre a Deficiência. (2012). Organização Mundial de Saúde 2011. Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/9/WHO_NMH_VIP_11.01_por.pdf.
- Sasaki, R. K. (2002). *Inclusão social: construindo uma sociedade para todos* (4ª ed.). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: WVA.
- Telford, C. W. & Sawrey, J. M. (1988). *O indivíduo excepcional*. (5ª ed.). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Guanabara.